

REVISTA ACADÉMICA
seys

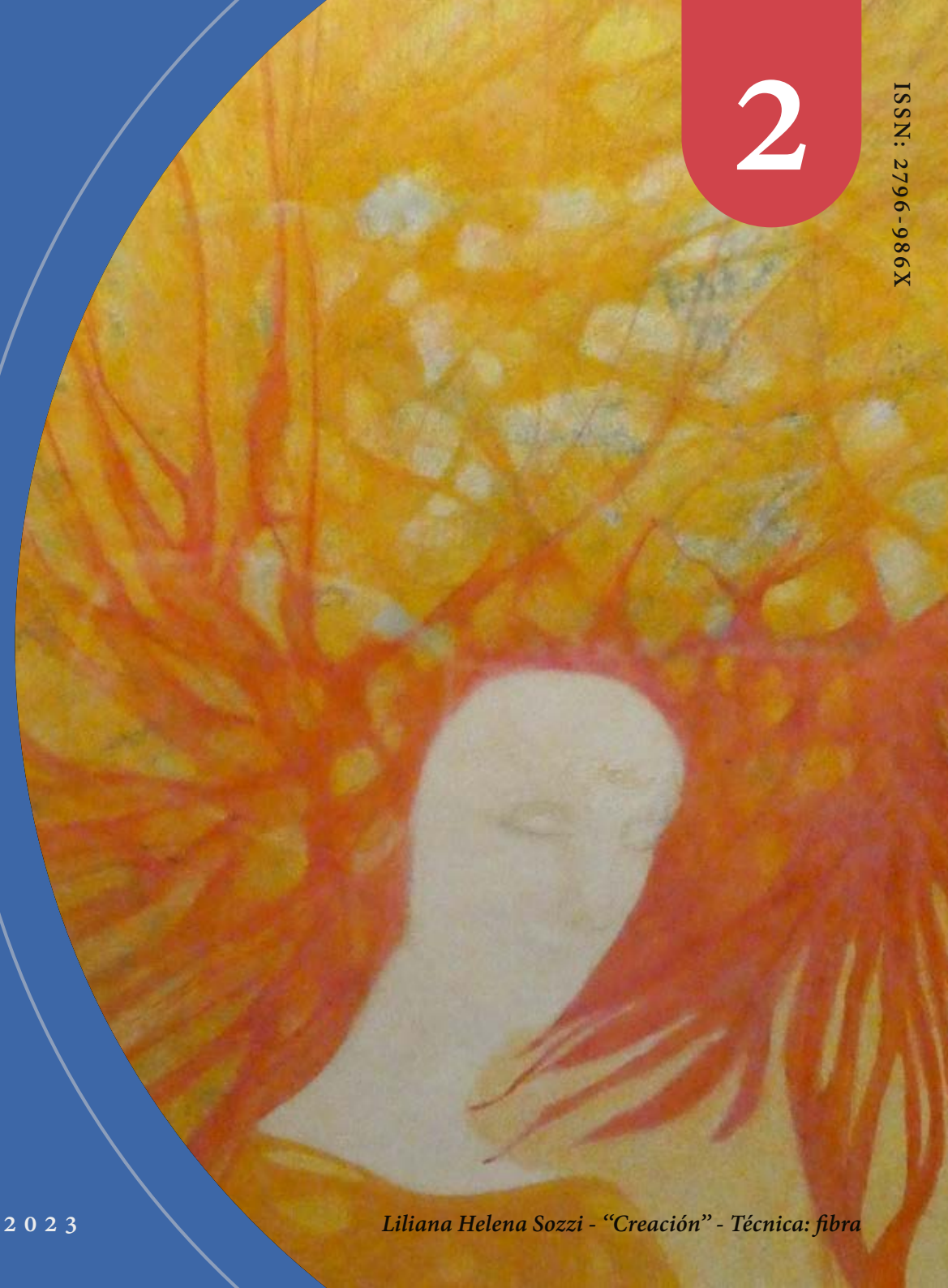
*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 2 / Núm. 2 / septiembre 2023

2

ISSN: 2796-986X



Liliana Helena Sozzi - "Creación" - Técnica: fibra

Formación médica contrahegemónica: el desafío de consolidar estrategias pedagógicas instituyentes en una universidad pública argentina

*Counter-Hegemonic Medical Training: The
Challenge of Consolidating Instituting Pedagogical
Strategies in an Argentine Public University*

Autores/as

Federico López Bidart - fedelopezbidart@gmail.com -
Estudiante de sexto año de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Marianne Cousté - cmarianne.uns@gmail.com -
Estudiante de sexto año de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Pablo Badr - pablo.badr@uns.edu.ar -
Médico. Magister en Salud Colectiva. Profesor adjunto del área Salud Individual y Colectiva, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Argentina.

RECIBIDO 30/06/2023

ACEPTADO 10/08/2023

Resumen

Introducción: El presente artículo tiene como propósito analizar la complejidad que supone adoptar prácticas y estrategias contrahegemónicas e innovadoras en el ámbito de formación médica universitaria. Surge como momento de remediación curricular, luego de una instancia de evaluación negativa en una actividad académica de estudiantes del último año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Sur, Argentina, cuyo objetivo es incorporar a la futura práctica profesional la perspectiva de la clínica ampliada. **Discusión:** Se expone como desafío en el aprendizaje de prácticas contrahegemónicas la influencia del habitus consolidado en el campo de la salud, el cual perpetúa el Modelo Médico Hegemónico y se manifiesta como central en la constitución del prácticum reflexivo, en el cual se desarrolla la formación médica de grado. Se desarrolla el marco de la clínica ampliada como potencialidad para romper el habitus actual, y al Seguimiento Clínico Familiar al Alta Hospitalaria como estrategia pedagógica de su implementación en la instancia de formación universitaria. **Reflexión y propuesta:** Se plantea la importancia de facilitar y promover el desarrollo del pensamiento lateral, el ingenio y la innovación mediante la jerarquización de aquellos espacios que potencien el proceso creativo en el aprendizaje. En este sentido, es posible que la

incorporación de la clínica ampliada desde el inicio del ciclo clínico, con situaciones de complejidad creciente y con el foco puesto en procesos de pensamiento ingeniosos y creativos, permita sortear las dificultades que implica el aprendizaje de prácticas contrahegemónicas en el actual campo de la salud.

Palabras clave

- Salud colectiva;
- Clínica ampliada;
- Educación médica;
- Racionalidad reflexiva

Summary

Introduction. The purpose of this article is to analyze the complexity of adopting counter-hegemonic and innovative practices and strategies in the field of university medical training. It arises as a moment of curricular remediation, after a negative evaluation instance in an academic activity of students of the last year of the medicine career of the National University of the South-Argentina, whose objective is to incorporate into the future professional practice the perspective of the expanded clinic.

Discussion. The influence of the consolidated habitus in the field of health is exposed as a challenge in the learning of counter-hegemonic

practices, which perpetuates the hegemonic medical model and manifests itself as central in the constitution of the reflective practicum in which the medical training of degree. The framework of the expanded clinic is developed as a potential to break the current habitus, and the Family Clinical Follow-up at Hospital Discharge as a pedagogical strategy for its implementation in the instance of university education. **Reflection and proposal.** The importance of facilitating and promoting the development of lateral thinking, ingenuity and innovation is raised, prioritizing those spaces that promote the creative process in learning. In this sense, it is possible that the incorporation of the expanded clinic from the beginning of the clinical cycle, with situations of increasing complexity and focusing on ingenious and creative thought processes, allows to overcome the difficulties that learning counter-hegemonic practices implies in the current health field.

Keywords

- Collective health;
- Expanded clinic;
- Medical education;
- Reflective rationality.

Introducción

La carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Sur (UNS) presenta una propuesta pedagógica caracterizada por la integración disciplinar a lo largo de todo el plan de estudios, el aprendizaje significativo y contextualizado, el aprendizaje autogestionado, que favorece el desarrollo de metacompetencias, y la evaluación continua. En este sentido, se espera formar profesionales bajo un enfoque científico antropológico-social y humanístico. Durante el último año de la carrera, se realiza la Práctica Final Obligatoria (PFO), organizada en cuatro módulos que abarcan problemáticas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados en todos los grupos etéreos y en distintos niveles asistenciales. Esta instancia apunta a la consolidación final de las competencias profesionales, mediante la intervención estrictamente supervisada de estudiantes en diversos contextos profesionales. La rotación por Medicina Familiar y Comunitaria es la instancia curricular con mayor carga horaria (528 horas totales).¹ Esta rotación propone, entre sus actividades curriculares, realizar la actividad denominada Seguimiento Clínico- Familiar al Alta Hospitalaria (SCFAH), cuyo propósito es ofrecer al estudiantado experiencias prácticas reflexivas y altamente significativas, en las cuales se incorpore como parte de las competencias profesionales el abordaje de problemas de salud-enfermedad-atención-cuidados desde la perspectiva latinoamericana de la clínica ampliada (Silberman y Buedo, 2019). Esta propuesta teórica y

metodológica pretende integrar una forma de problematizar las realidades en salud que contemple la singularización de cada persona y su entorno, su devenir histórico, su carácter social, su economía, su localidad, sus vínculos y su medio productivo (Franco y Merhy, 2011).

El ejercicio propuesto en el SCFAH implica el encuentro sistemático de estudiantes con usuarios y usuarias del primer nivel de atención, en el ámbito domiciliario, mediante la supervisión permanente de sus docentes tutores/as de la práctica clínica; la interacción con docentes en espacios de reflexión sobre la práctica; y el desarrollo teórico de la clínica ampliada. A lo largo de doce semanas, y mediante ocho encuentros, se espera que el estudiantado desarrolle acciones que integren pertinentemente a la familia y su contexto en la práctica profesional. Asimismo, se espera que los y las estudiantes se enfoquen en el cuidado como parte central de su aprendizaje, y que desarrollen en consecuencia una propuesta terapéutica singular para su abordaje. El trabajo realizado es evaluado en instancias formativas y sumativas, con la expectativa de que los portfolios² muestren un abordaje innovador, creativo y contrahegemónico de los problemas de salud.

Durante la experiencia, el estudiantado pone en tensión el cumplimiento de las expectativas de este ejercicio con las competencias profesionales/médicas³ adquiridas en su formación de grado hasta la fecha, entendiendo que dichas competencias se nutren tanto de aspectos curriculares formales como de la estructuración del deber ser profesional, que se

¹ Calendario académico 2022 (Modif. Anexo I calendario general, RES. CSU- 544/21). Boletín Oficial y Digesto Administrativo. UNS.
https://servicios.uns.edu.ar/boletin/consulta/bof_fr_items.asp?item_html=.%5CRESOLUCI%5CCU696A21.HTM&tema_cod=3&subtema_cod=2&oper=T

² Se entiende por portfolio, en el contexto de la educación médica, el instrumento de aprendizaje que permite recolectar, de forma dinámica, toda aquella información y/o material necesario para realizar la reflexión sobre la práctica. Ver Matus, Torres y Parra (2009).

³ Se entiende por las competencias las capacidades adquiridas, tanto técnicas como reflexivas, que permiten resolver problemas complejos e indefinidos mediante la toma de decisiones en contextos de incertidumbre, asumiendo riesgos y aplicando razonamientos lineales y abstractos. Ver Brailovsky (2001).

adquiere en los ámbitos asistenciales que conforman la práctica y reproducen modelos de atención médica consolidados.

El propósito de este artículo es analizar –a partir de una experiencia de evaluación negativa recibida por estudiantes que realizaron este ejercicio– las dificultades y desafíos que implica la incorporación de conceptos de clínica ampliada a las competencias profesionales, que se manifiesten “en acto”, mediante intervenciones innovadoras, creativas y contrahegemónicas.

Caso clínico

Se realizó seguimiento clínico a una usuaria de la unidad sanitaria del barrio J. M. Murguía, ubicado en la localidad de Pigüé, al sudoeste de la provincia de Buenos Aires, Argentina, cuya población aproximada es de veinte mil habitantes.

La protagonista fue una mujer de 70 años de edad, quien vive con su pareja y trabaja en su propio taller de costura. Presentó como antecedentes diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia y artrosis. Se aplicaron herramientas pertinentes al SCFAH (Silberman y Buedo, 2019), y se encontraron dificultades económicas que interferían en el acceso a la medicación y a la alimentación. Se observaron servicios básicos insatisfechos y una vivienda urbana precaria.⁴ Se jerarquizó como problemática la situación de vulnerabilidad social. Como abordaje del caso, se desarrolló un Proyecto Terapéutico Singular (PTS)⁵ en el cual

⁴ Se definió vivienda urbana precaria a partir de la ausencia de los recursos vinculados al capital físico, observándose carencias en la materialidad y en la combustión para cocinar (Rojas *et al.*, 2008).

⁵ Se entiende como Proyecto Terapéutico singular (PTS) una estrategia de la clínica ampliada, capaz de abordar la producción del cuidado, mediante la utilización de las tecnologías blandas, con el objeto de desarrollar un abordaje integral y particular para cada usuario/a (Pinto *et al.*, 2011).

se estableció, mediante el trabajo en conjunto con las autoridades del Centro de Salud y de la Secretaría de Desarrollo Social, el acceso a los programas asistenciales establecidos.

Finalizado el SCFAH, y luego de la evaluación sumativa, se destacaron las dificultades del estudiantado para encontrar estrategias creativas e innovadoras. Las intervenciones propuestas no eran consecuentes con el marco teórico de la clínica ampliada, al reproducir un modelo que concibe a la práctica médica desde el intervencionismo técnico-asistencial. El PTS desarrollado brindó respuestas paternalistas. Mantuvo la asimetría en la relación médico-paciente, sin generar estrategias para el empoderamiento y sin contemplar la dimensión subjetiva del cuidado y su producción.

Discusión

La propuesta pedagógica del SCFAH se desarrolla bajo el marco teórico de la clínica ampliada, que representa una clínica que se enfoca en cada sujeto en particular, que considera su historia e incluye a su enfermedad como parte de ella, sin ignorarla ni disociarla. Esta clínica supone una forma de entender y concebir la práctica médica –y a la(s) persona(s)– de una manera holística, innovadora y humanista. Recupera el concepto de arte como inherente a la clínica, al abarcar tanto la complejidad de la rigurosidad científica como la flexibilidad y el dinamismo necesarios para brindar una atención integral para cada persona (Wagner de Sousa Campos, 1997). En contraposición a este modelo de atención, los espacios asistenciales donde el estudiantado de medicina realiza sus prácticas producen y reproducen, en general, un modo de ser profesio-

nal antagónico a esta propuesta. Según Spinelli (2010), estos espacios de práctica son parte del campo de la salud, el cual se entiende como un espacio de lucha donde convergen actores, intereses y capitales. Respecto de estos últimos, se pueden identificar capitales sociales y culturales, en los que se interviene en función de relaciones sociales, prestigio y reconocimiento; otros, como el capital simbólico, entendido como una forma de poder ligada a ciertas jerarquías sociales y relaciones de control e imposición ideológica; y, por último, el capital económico, que representa el 10% del PBI del país (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Entre los actores que habitan y compiten en el campo, podemos identificar profesionales de la salud, directivos, organizaciones gremiales, profesionales, e industrias tecnológicas. Cada actor, individual o colectivo, compite por acumular los capitales del campo, de forma tal de imponerse e imponer sus intereses y apropiarse de facultades y beneficios. A medida que esto sucede, se determinan disposiciones duraderas y jerárquicas, que generan lo que Bourdieu (1997) denomina el *habitus*, que se define como aquellos principios y conductas que reproducen representaciones y prácticas regidas por una forma de actuar codificada y establecida. Este *habitus* perpetúa la hegemonía, al naturalizar un modelo de pensar y de proceder, que determina no solo el quehacer profesional, sino también las aspiraciones e identidades que emergen en la etapa formativa. Es estructurado porque plantea una forma técnica y sistemática de problematizar e intervenir, y es estructurante no solo de las prácticas sino también de sus representaciones. Todo esto conforma un modelo dominante y característico de atención, llamado por Menéndez (1988) Modelo Médico Hegemónico (MMH), caracterizado por una concepción biologicista y unicista de los problemas de salud, que desconoce la determinación social del proceso de

salud-enfermedad-atención-cuidados. Se trata de un modelo ahistórico, asocial, y tecnocrático, que se rige con funciones de control, normalización, medicalización y legitimación. Construye una asimetría en la relación médico/a-paciente, al poner a la persona bajo una participación subordinada y pasiva, desde su autoritarismo y supuesta eficacia pragmática (Menéndez, 1988).

La clínica ampliada, como paradigma humanitario, innovador e integrativo es, potencialmente, una estrategia capaz de romper con esta hegemonía. Si consideramos lo que plantean Franco y Merhy (2011), los/as trabajadores/as de la salud poseen la facultad y la autonomía, en su cotidiano profesional, para generar, a través de la producción de procesos de cuidados, intervenciones que produzcan cambios de paradigmas. Estos autores, inspirados en conceptos desarrollados por Deleuze y Guattari, afirman que, para que sea posible una transición tecnológica, es necesario que la reestructuración productiva rompa la micropolítica que sostiene el proceso productivo centrado en el acto prescriptivo, y logre organizar procesos de trabajo más relacionales.⁶ Si esta reestructuración se instala de forma instituyente (para instituirse en un territorio fijo), y genera nuevas producciones que rompan con los fundamentos del modo actual de producir el cuidado (por ejemplo, el alto consumo de tecnologías duras), estaría gestándose un proceso de reterritorialización en el cual se jerarquicen las intersubjetividades y la dimensión relacional del cuidado.

Badr (2023) plantea una analogía entre el concepto de *habitus*, como principal determinante de los modos de atención en el mundo profesional y del trabajo, con el concepto de *practicum reflexivo*, desarrollado

⁶ Estos autores no utilizan el concepto de *habitus*, sino el de *socius*, pero en este texto se consideran ambos con suficientes similitudes.

por Schön, que hace referencia al espacio de prácticas que permite al estudiantado incorporar aprendizajes en contextos difusos, complejos y que requieren de un proceso artístico o intuitivo de construcción de problemas. El prácticum reflexivo se concibe como un enfoque que tiene como objetivo ayudar al estudiantado a adquirir formas de arte profesional que resulten esenciales para ser competentes en las zonas indeterminadas de la práctica, que permiten desarrollar la capacidad de reflexionar sobre la propia práctica mientras se actúa (Shön, 1992, citado en Acosta Rodríguez, 2010). Este enfoque actúa como un puente entre el mundo académico y el mundo de la práctica, al favorecer procesos de mediación del aprendizaje. Para ello, se propone pasar de una racionalidad técnica, que emerge del positivismo –caracterizada por ser estructurada y sistemática, acatando reglas, normas y principios establecidos–, hacia una racionalidad reflexiva, que se gesta en el territorio del aprendizaje, de carácter dinámico, intuitivo y fluctuante, que permite adaptarse a las condiciones singulares de cada problema. Es decir, propone un proceso de aprendizaje mediante el desarrollo de la capacidad de reflexionar en y sobre la práctica, entendiendo que el abordaje no debe ser unicista, sino que debe contemplar y abordar una construcción de situaciones complejas de carácter subjetivo y variable. Sobre esta concepción epistemológica la teoría y la práctica son partes indisolubles del aprendizaje, ya que contextos profesionales difusos o ambiguos, como lo son la clínica bajo la mirada de la clínica ampliada, requieren del desarrollo de capacidades resolutivas, tanto técnicas como artísticas e intuitivas.

Comprendemos de este modo que lo que el habitus es para la consolidación del campo, lo es el prácticum para la consolidación del aprendizaje reflexivo. De allí, surge un desafío para sostener y consolidar tanto el uno como el otro. Los cambios en el campo de la salud requieren de

nuevos actores con la capacidad de acumular capitales y cambiar el habitus que consolida y reproduce el modelo médico hegemónico. Previamente, estos futuros actores deben lograr, en su formación de grado, el desarrollo de un perfil profesional contrahegemónico que requiere, por la naturaleza de los problemas que aborda, un territorio de prácticas constituido y legitimado para el aprendizaje reflexivo (Badr, 2023). Es por ello que, en la medida en que la clínica ampliada no sea la nueva hegemonía, el reto en la formación de grado es incorporarla a las competencias profesionales de forma creativa, sostenible y legítima. Pero, ¿cómo hacer para generar un proceso de aprendizaje que integre esta perspectiva, con las condiciones asentadas sobre un prácticum donde impera el MMH?

Lo novedoso del SCFAH es que, si bien comienza con una experiencia y un encuentro intersubjetivo en el marco de los espacios tradicionales de la práctica médica (consultorios, guardias e internación), su propuesta implica la continuidad del seguimiento en un nuevo territorio de práctica. Este seguimiento se apoya en un marco teórico concreto y riguroso, así como en herramientas metodológicas específicas para conocer todas las dimensiones del proceso salud-enfermedad de la persona que requiere atención y cuidados. El desafío, para el estudiantado, es encontrar el prácticum donde identifique como referencia resultados de otras prácticas que pueda tomar como un estándar de acciones pertinentes, efectivas e integrales.

Reflexión y propuesta

Lo desarrollado hasta aquí da cuenta de la complejidad que supone el aprehender⁷ prácticas contrahegemónicas en la educación médica de grado. Posiblemente, distintas instancias que promuevan el desarrollo del pensamiento creativo o lateral durante la carrera faciliten al estudiantado el alcance de estos objetivos. En esta línea, Villanueva Bentancourt y Sariol plantean que la formación de grado de médicos y médicas bajo la perspectiva de nuevos modelos de atención implica la necesidad de integrar en los procesos de aprendizaje espacios que garanticen el desarrollo del pensamiento abstracto (Álvarez Martínez, Hernández y Pérez Campos, 2006).

Von Oech (1991) propone un modelo de proceso creativo de cuatro etapas, y plantea cuatro tipos de pensamiento. En primer lugar, propone la figura del “explorador”, encargado de encontrar la segunda respuesta correcta al problema; en segundo lugar, el “artista” debe realizar una propuesta creativa con la idea; en tercer lugar, se encuentra el “juez”, que debe ser autocrítico con la idea; y, en último lugar, ubica al “guerrero”, que deberá defenderla. De esta manera, podría superarse el pensamiento médico tradicional, basado en la racionalidad técnica, que tiende a esquematizar los procesos de pensamiento y encajona las miradas alternativas como “imposibilidades”.⁸

El SCFAH posee similitudes metodológicas con el Aprendizaje Basado en Retos (ABR), el cual sistematiza y plantea como objetivo específico el

desarrollo del pensamiento lateral. Se trata de una experiencia de aprendizaje, en la que los y las estudiantes colaboran y proponen soluciones reales para abordar problemas relevantes, guiados y orientados por un asesor o una asesora. El ABR se construye mediante problemas abstractos de tópicos con significancia global, que resultan atractivos para el estudiantado y la sociedad y a partir de la integración del desarrollo de recursos a través del uso de actividades y herramientas ajenas a la disciplina. Se desarrolla fuera del aula (contexto), y el estudiantado debe enfrentarse en conjunto a situaciones de riesgo (reto extraordinario), que generen ansiedad y miedo, lo que les permite desarrollar tolerancia a estas situaciones de ambigüedad e incertidumbre, como también la capacidad de desenvolverse en esos espacios inciertos. Se promueve la reflexión y el análisis, así como la responsabilidad del propio aprendizaje a través de conceptos como la autodirección y la iniciativa en la toma de decisiones. Esto implica plantear y utilizar procedimientos, provocar cambios en un contexto, tomar decisiones en equipo, afrontar la frustración y el fracaso, y contar con autonomía para el desarrollo de proyectos ingeniosos e innovadores (Lizett Olivares Olivares, López Cabrera y Valdez-García, 2017). La complejidad de los contextos que propone el SCFAH es mayor a lo que se ejemplifica en la literatura sobre el aprendizaje basado en retos. Probablemente, el desarrollo de estrategias similares al ABR, y bajo el marco teórico de la clínica ampliada, con una complejidad creciente en instancias clínicas previas de la carrera, posibilite el desarrollo de competencias para la adaptación ingeniosa e innovadora que le exigen a los y las profesionales las miradas y propuestas contrahegemónicas. Estas estrategias se verían potenciadas, sin lugar a dudas, si pudiesen implementarse como instancias de integración curricular entre distintas carreras que conforman el campo de la salud.

⁷ Se entiende por aprehender el proceso creativo que supone el desafío del aprendizaje de conceptos holísticos, abstractos e integrativos (Menchén Bellón, 2018).

⁸ Se entiende como imposibilidades la descalificación previa científicamente establecida de una hipótesis o teoría (Villanueva Bentancourt y Sariol, 2001).

Conflictos de interés

Los autores y autoras declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Bibliografía

Acosta Rodríguez, M. (2010). El prácticum reflexivo en el aprendizaje de las ciencias experimentales. Un acercamiento a los planteamientos de Donald Schön. *Revista Ciencias de la Educación*, 36, 136-151. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5345417>

Álvarez Martínez, H.; Hernández, C. P. y Pérez Campos, E. (2006). Ciencias médicas y un modelo del proceso creativo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 12(1), 8-10. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47311958002.pdf>

Badr, J. P. (2023). Formación universitaria y contrahegemonía: interpe-lación a la educación médica. En J. Reichenbach et al., *Pediatría en red 5: salud del niño, niña y adolescente con perspectiva de derechos* (pp. 51-56). La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <https://redsanna.org/publicaciones-2/>

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Brailovsky, C. (2001). Educación médica, evaluación de las competen-cias. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Aportes para un cambio curricular en Argentina* (pp.103-122). Buenos Aires: Universi-dad de Buenos Aires. <https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/-Brovelli%20Curriculum%20Dise%C3%B1os,%20Teor%C3%ADas%20y%20Evaluaci%C3%B3n/Aportes%20para%20un%20-cambio%20curricular%20CAMI%20LONI.pdf>

Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n1/9-20/es>

Lizett Olivares Olivares, S.; López Cabrera, M. V. y Valdez-García J. E. (2017). Aprendizaje basado en retos: una experiencia de innovación para enfrentar problemas de salud pública. *Educ. Med.*, 19(S3), 230-237. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157518131730178X>

Matus, O. B.; Torres, G. A. y Parra, P. (2009). Utilización del portafolio en educación médica. *Rev. Educ. Cienc. Salud*, 6(1), 10-19. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol612009/esq61b.pdf>

Menchén Bellón, F. (2018). El Aprendizaje Creativo y el Cerebro. Resca-tar el Concepto de “Aprehender”. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 7(2), 47-59. <https://doi.org/10.15366/riejs2018.7.2.003>

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30 de abril - 7 de mayo de 1988, Buenos Aires, Argentina. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2020*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Pinto, D. M.; Bessa Jorge, M. S.; Alves Pinto, A. G.; Ferreira Vasconcelos, M. G.; Mendoça Cavalcante, C.; Teixeira Flores, A. Z. y Saboia de Andrade, A. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto Enferm.*, 20(3), 493-502. <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSzh8x-dpxcqH/abstract/?lang=es>

Rojas, M. del C.; Meichtry, N. C.; Ciuffolini, M. B.; Vázquez, J. C. y Castillo, J. (2008). Repensando de manera holística el riesgo a la salud que provocan las viviendas urbanas precarias: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. *Salud Colectiva*, 4(2), 187-201. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n2/v4n2a09.pdf>

Silberman P. y Buedo, P. (Eds.) (2019). *Manual de Seguimiento Clínico Familiar. 1ra edición para el alumno. Serie Docencia, Colección Ciencias y Tecnologías*. Bahía Blanca: Ediuns. https://www.researchgate.net/profile/Paola-Buedo/publication/350621610_MANUAL_DE_SEGUIMIENTO_CLINICO-FAMILIAR/links/606a2f7ba6fdccad3f715003/MANUAL-DE-SEGUIMIENTO-CLINICO-FAMILIAR.pdf#page=77

IAR/links/606a2f7ba6fdccad3f715003/MANUAL-DE-SEGUIMIENTO-CLINICO-FAMILIAR.pdf#page=77

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>

Villanueva Betancourt, M. y Sariol, G. A. (2001). Estimulación del pensamiento creativo en la enseñanza de las ciencias médicas. *Educ. med. super.*, 15(2), 109-116. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-627890>

Von Oech, R. (1991). *A kick in the seat of the pants. Using your explorer, artist, judge, & warrior to be more creative*. California: Warner Books.

Wagner de Sousa Campos, G. (1997). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

Pablo Badr, Federico López Bidart y Marianne Cousté, "Formación médica contrahegemónica: el desafío de consolidar estrategias pedagógicas instituyentes en una universidad pública argentina". *Revista Salud, Educación y Sociedad*. volumen 2, número 2, septiembre 2023, pp. 39-47.

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



**Universidad
del Gran Rosario**